DISSERTATION

N° 109.

SUR

LA CATARACTE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 juillet 1826, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR JULES-AMÉDÉE ROUX, de Madrid.

« On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir « de la gloire ou par un motif d'intérêt. Mais celui qui n'écrit « que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une « obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à « l'indulgence de ses lecteurs. » LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. LAENNEC. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnab.
Breschet.	Moreau.
Capuron.	Murat, *Suppléant.*
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau.	Ratheau.
De Lens.	Richard, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Ruilier, *Examinateur.*
Gérardin.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Amour éternel.

A MON FRÈRE,

MARC-EVARISTE ROUX.

Amitié.

AL. DOCTOR DON THOMAS VILLANOVA,

Catedratico de zoologia en el Real museo de sciencias naturales de Madrid; Medico de camara de S. M. Catolica, de numero de su R. Familia, y de las Reales poseciones casa de Campo y Florida; Candidato en lengua griega; Academico en la Real de medicina; Individuo de varias corporaciones literarias españolas y extrangeras, etc., etc.

Ūmd que ha sido mi primer maestro, recibid, os suplico, este debil testimonio de mi reconocimiento y gratitud.

A MON MEILLEUR AMI,

MONSIEUR P. N. GERDY,

Professeur d'anatomie, de physiologie, de médecine opératoire, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien du bureau central d'admission dans les hôpitaux, etc.

Témoignage de reconnaissance pour les soins et les sages conseils qu'il n'a cessé de me donner pendant le cours de mes études.

J. A. ROUX.

DISSERTATION

SUR

LA CATARACTE.

La cataracte ; γλαυκωμα des Grecs ; υπωχυσις de Galien ; *cataracta, gutta opaca, obscura, caliginosa* des Arabes ; *suffusio oculi* des Latins, consiste dans l'opacité du cristallin ou de ses annexes. *Beer* la définit *tout obstacle perceptible qui s'oppose à la vision, et qui est situé dans la chambre postérieure de l'œil, entre l'humeur vitrée et l'iris.* Selon cet auteur, l'obstacle qui s'oppose à la vision peut être compris dans l'intérieur de la capsule cristalline, ou être placé entre la paroi antérieure de cette capsule et l'iris ; de là sa division en *cataracte vraie*, et en *fausse*.

Causes.

Elles ne sont qu'imparfaitement connues. Cette maladie paraît attaquer également l'homme et la femme. L'enfant peut l'apporter en naissant ; elle prend alors le nom de *congéniale*. Mais c'est surtout chez les vieillards qu'on l'observe, quoiqu'elle ne soit pas la compagne nécessaire de la vieillesse. En effet, on dit avoir vu des hommes parvenir jusqu'à l'âge de cent soixante-quatorze et même cent quatre-vingt-neuf ans sans en être affectés. Cette maladie est surtout

fréquente chez les individus dont la vue est habituellement soumise à une vive lumière : tels sont les graveurs, les ouvriers qui travaillent des métaux incandescens, les verriers, etc. ; tels sont encore les habitans des pays couverts de neige pendant plusieurs mois de l'année, ceux des pays méridionaux, dont la vue est continuellement fatiguée par le reflet de rayons éclatans. La cataracte peut être héréditaire : *Richter* fit l'extraction d'une cataracte chez un malade dont le père et l'aïeul avaient eu la même affection, et dont le fils commençait à l'avoir également. *Petit* de Lyon a opéré dans la même année la grand'mère, la mère et le fils. D'autres fois la cataracte est la suite de pressions, de contusions sur le globe de l'œil : c'est ainsi qu'on l'a vue produite par un baiser appliqué sur cet organe (*Lassus*, Leçons orales) ; *Brisseau*, par un vigoureux soufflet ; et *Gleize*, par un coup de raquette sur l'œil. On a aussi attribué la cataracte à la suppression d'exutoires anciens ; à la rétropulsion d'exanthèmes cutanés ; à la suppression de flux sanguins habituels, tels que les hémorrhoïdes, les règles ; au virus vénérien, etc. : mais ces dernières causes sont fort incertaines. L'oblitération de l'artère que la centrale de la rétine envoie au cristallin a encore été regardée comme cause de la cataracte. Cependant l'action des acides sur l'organe de la vue paraît la déterminer. M. *Tartra* cite l'observation d'un jeune homme qui s'est exempté de la conscription par deux cataractes qu'il s'était données à un faible degré au moyen d'une lotion d'acide nitrique étendue d'eau. Enfin l'opacité du cristallin ou de sa capsule peut être la suite d'une ophthalmie, soit aiguë, soit chronique.

Nature et espèce des cataractes. L'opacité qui constitue la cataracte peut avoir son siége, soit dans le cristallin, c'est la *cataracte cristalline;* soit dans la capsule, on la nomme alors *cataracte capsulaire* ou *membraneuse;* soit dans l'humeur de *Morgagni*, on lui a donné le nom de *cataracte mixte, laiteuse* ou *purulente :* enfin l'opacité peut exister dans ces trois parties à la fois.

La *cataracte cristalline* commence toujours par le centre du cris-

tallin. Sa couleur, quoique variable, présente, en général, une couleur d'un gris jaunâtre terne, qui est moins foncé vers la pupille qu'au centre ; ce dernier caractère persiste même lorsque l'opacité a atteint son plus haut degré. Excepté dans les yeux dont l'iris est d'une couleur très-foncée, cette espèce est toujours accompagnée d'un cercle noirâtre au bord de la pupille, qui devient plus distinct à mesure que la maladie fait des progrès. Elle n'occasionne jamais de changement, soit dans la dilatation, soit dans la contraction de l'iris ; et lorsqu'elle est parvenue à son plus haut degré, elle ne prive jamais tellement le malade de la vue qu'il ne puisse distinguer le jour d'avec la nuit.

La *cataracte membraneuse* est beaucoup plus rare que la cristalline. La partie antérieure de la capsule, plus épaisse, en est aussi plus souvent le siége, comme l'observe *Scarpa*. Cette espèce commence rarement au centre de la pupille; elle paraît, en général, sur la marge de cette ouverture, sous la forme de taches, de points blancs, luisans ; sa couleur est toujours très-claire, et jamais uniforme. Le cristallin perd presque toujours consécutivement sa transparence : il diminue aussi de volume ; ce qu'il est facile de comprendre en faisant attention que les vaisseaux qui nourrissent ce corps rampent dans sa capsule. Lorsque c'est la partie antérieure de la capsule qui est opaque, la tache est nacrée, située immédiatement derrière la pupille ; elle paraît convexe lorsqu'on regarde l'œil de côté ; lorsque la maladie existe seulement dans la lame postérieure, la tache est obscure, profondément située, et paraît concave. La cataracte membraneuse est dite *primitive*, quand la capsule est devenue spontanément opaque ; on la nomme *secondaire*, quand elle le devient après l'opération.

Cataracte laiteuse (*morgagniana*). Dans cette espèce, le cristallin est souvent réduit à la grosseur d'une tête d'épingle, nageant au milieu d'une humeur lactescente qui distend la capsule cristalline. Toute la pupille paraît nébuleuse. Si l'on place le malade verticalement, on voit, au bout de quelques minutes, deux rangées de ma-

tières opaques, l'une supérieure, moins blanche que l'inférieure qui est d'un blanc calcaire. Si l'on remue la tête ou l'œil du malade, ces deux couches se confondent, et la couleur devient uniforme : le malade peut distinguer le jour de la nuit. Cette espèce appartient presque exclusivement à la cataracte *congéniale*, comme l'ont observé *Scarpa*, *Gibson*, *Ware*. M. *Saunders* a de plus remarqué que, dans la cataracte congéniale, le cristallin est souvent entièrement absorbé; les deux disques de la capsule se rapprochent l'un de l'autre, et s'unissent pour former une seule membrane opaque qui bouche la pupille.

Beer décrit encore plusieurs espèces de cataractes vraies; telles sont : la *cataracte capsulo-lenticulaire*, *enkistée*, *pyramidale* ou *conique*, *barrée*. Le même auteur décrit sous le nom de *cataracte fausse* plusieurs espèces, qui, toutes sont la suite d'une inflammation violente de l'iris, et qui ont leur siége entre la face antérieure de la capsule et l'iris : telles sont la *cataracte albumineuse*, *sanguinolente*, *arborescente*. Elles dépendent ou d'une couche albumineuse opaque, qui s'est déposée sur la face antérieure de la capsule cristalline, ou d'un caillot de sang situé dans la chambre postérieure; enfin d'une portion du tapis de l'uvée qui s'est détaché, etqui forme des figures extrêmement variées sur la face antérieure de la capsule cristalline. Toutes ces variétés décrites par *Beer*, n'apportant aucun changement dans le traitement, j'ai cru ne pas devoir m'y arrêter. J'en dirai autant de la *cataracte à trois branches* décrite par M. *J. Cloquet*, et d'une autre espèce que je nommerai *cataracte à cinq branches*, et que j'ai observée à l'hôpital d'Auxerre sur un vieux militaire : les cristallins étaient exactement divisés par cinq lignes blanches.

On nomme *cataracte noire*, celle dans laquelle le cristallin devient aussi dur que du bois, d'une couleur brun-noisette ou plus foncée, racorni, ses deux surfaces aplaties comme s'il eût été comprimé. Cette variété a été observée par *Morgagni*, *Maître Jean*, *Wenzel*, *Béclard*. M. *J. Cloquet* l'a rencontrée deux fois sur deux cadavres

d'individus que l'on avait considérés pendant leur vie comme affectés d'amaurose. Dans cette espèce, la pupille est plus ou moins foncée, le malade conserve la faculté de distinguer le jour des ténèbres.

L'on dit que la *cataracte est branlante* lorsque les liens qui attachent le cristallin à la corrhoïde, sont relâchés ou en partie rompus; celui-ci se meut derrière la pupille, pendant les mouvemens du corps et ceux de l'œil. Cette mobilité a été quelquefois si grande, qu'on a vu le cristallin passer dans la chambre antérieure; il y a causé des accidens, s'est fait jour de lui-même au-dehors, ou en a été retiré par une incision faite à la cornée. L'on trouve dans *Planque* (article *cataracte*, page 316) une observation de ce genre faite par *Mery*. « Un homme de Sedan, portait à l'œil gauche une cataracte depuis quelques années. Elle devint branlante. Lorsque le cristallin passait dans la chambre antérieure, il déterminait, chaque fois, une ophthalmie; lorsqu'il se portait à la partie inférieure de la chambre postérieure, le malade pouvait voir distinctement les objets : mais quelquefois aussi le cristallin se plaçait immédiatement vis-à-vis la pupille, la vue alors était entièrement abolie. Le malade fut guéri par l'extraction de ce corps. »

La cataracte est *adhérente*, lorsque la partie antérieure de la capsule a contracté des adhérences avec l'iris; dans ce cas, la pupille est immobile, le cristallin est situé immédiatement derrière cette ouverture, la chambre postérieure est effacée.

Marche de la maladie. Le temps nécessaire pour la formation de la cataracte est assez incertain : le plus souvent elle est complète dans deux ou trois ans; quelquefois elle met plus de temps à parcourir ses périodes. M. *Wenzel* dit avoir opéré des personnes qui avaient été plus de soixante ans à perdre la vue par la cataracte. Dans d'autres cas, l'on a vu des cataractes se former en quelques jours et même en vingt-quatre heures : *Thénon* rapporte qu'une dame débouchant

une bouteille de sirop fermenté, reçut le bouchon dans l'œil, et qu'il fut cataracté le jour suivant. Le même auteur cite l'observation d'un potier de terre, qui, étant entré dans son four encore chaud, en sortit avec une cataracte mûre sur chaque œil. Mais l'un des exemples les plus frappans sous le rapport du temps nécessaire au développement de la cataracte, comme de l'influence des passions sur le physique, est celui du dénonciateur de *Desault :* dans les orages de la révolution française, ce chirurgien célèbre fut dénoncé et incarcéré; ses nombreux amis obtiennent son élargissement; son accusateur, en apprenant qu'il est libre, entre dans un accès de colère si violent, qu'à l'instant même il perd la vue; et l'on trouva ses yeux cataractés. Le plus ordinairement la cataracte commence d'abord à se montrer sur un seul œil : et plus tard, la seconde s'annonce avant que la première soit formée complètement; celle-ci met moins de temps à parcourir ses périodes. Le malade voit confusément les objets; la flamme d'une chandelle lui paraît entourée d'une aréole nuageuse, dont la largeur augmente à mesure qu'on l'éloigne de ses yeux; il croit voir voltiger des mouches, des flocons de laine, de neige, de toile d'araignée. Ces symptômes vont en augmentant jusqu'à ce que le malade ne voie plus pour se conduire, il peut cependant encore distinguer le jour de l'obscurité. Comme la cataracte commence le plus souvent par le centre du cristallin, les objets qui sont placés immédiatement en face de ses yeux, sont vus avec plus de difficulté que ceux qui sont placés de côté, surtout quand, la lumière n'étant pas trop vive, la pupille est assez dilatée. Il suit de là que, lorsque l'opacité du point central est un peu considérable, le malade est tout-à-fait aveugle quand la lumière est vive; parce qu'alors sa pupille se contractant fortement, les rayons lumineux tombent seulement sur la partie opaque du cristallin, tandis qu'il jouit encore un peu de la vue, lorsqu'au contraire le lieu où il se trouve est assez obscur pour permettre à sa pupille de se dilater, et aux rayons de passer entre elle et le point cataracté. Aussi, dans le commencement de la maladie, les individus cataractés voient-ils mieux

le soir et le matin, et lorsque les corps qu'ils regardent sont peu éclairés.

Lorsqu'on examine un œil cataracté, on voit que le centre de la pupille est occupé par une tache de couleur variable, soit blanche ou jaunâtre, soit grise ou verdâtre; tantôt uniforme, tantôt inégale. Plus rarement cette tache se montre d'abord sur le bord de la pupille pour se porter vers le centre : c'est ordinairement alors une cataracte *membraneuse*. Cette tache va en augmentant, et l'on aperçoit, autour du cristallin cataracté, un cercle noirâtre; ce qui dépend, soit de l'ombre que l'iris projette sur la cataracte, soit de l'état moins avancé de la maladie dans cet endroit. La pupille est plus dilatée que dans un œil sain ; elle est mobile ou immobile, selon que le cristallin est plus ou moins volumineux, et qu'il a ou non contracté des adhérences avec l'iris. Il est rare qu'il y ait de la douleur dans le globe de l'œil. Les autres parties de cet organe n'offrent pas d'altérations.

La densité du cristallin cataracté n'est point en raison directe de l'ancienneté de la maladie ; car il y a beaucoup de cataractes anciennes qui sont très-molles, tandis que d'autres, qui sont formées depuis peu de temps, ont une dureté considérable. Le cristallin, ainsi que la capsule, peuvent acquérir différens degrés de densité, aller même jusqu'à l'ossification la plus parfaite, comme *Forlenze*, entre autres, en rapporte une observation.

La terminaison de cette maladie abandonnée à elle-même est toujours fâcheuse, puisqu'elle prive le malade de la vue, l'un des premiers dons que lui ait fait la nature ; cependant il arrive dans quelques cas, extrêmement rares, que le cristallin est absorbé et que le malade recouvre la faculté de voir. Des cataractes se sont aussi dissipées subitement par suite d'un coup accidentel porté sur l'œil. Parmi plusieurs exemples, je citerai l'observation fort curieuse que rapporte M. *Boyer* (Malad. chir., t. 5, p. 514) : c'est celle d'un avocat qui avait été opéré sans succès de la cataracte à l'œil gauche ; les plus célèbres chirurgiens avaient regardé celle de l'autre œil comme étant

de mauvaise nature, et s'étaient refusés à l'opérer; il y avait vingt-cinq ans que le malade était aveugle, lorsqu'un jour, accompagné de son guide, il fut étonné de distinguer tout-à-coup les objets qui l'environnaient; le cristallin s'était détaché dans ses quatre cinquièmes supérieurs, et avait exécuté un mouvement de bascule en arrière, de sorte qu'il était presque horizontal.

Diagnostic.

Il est facile à établir lorsqu'on distingue manifestement un corps opaque d'un blanc grisâtre à la place qu'occupe le cristallin; il est également très-facile de distinguer une taie par sa position superficielle d'avec la cataracte (1): mais plus la couleur du cristallin s'éloigne

---

(1) Le diagnostic serait encore très-aisé si l'on avait à faire à un sujet qui manquât d'iris, comme on en a un exemple :

Observation sur l'absence de l'iris dans les deux yeux, par le docteur POENITZ (*Zeilschrist sur natur-und heilkande*, t 2, p. 214.)

Malgré le vice de conformation indiqué dans le titre, la jeune fille qui fait le sujet de cette observation avait joui jusqu'à l'âge de quinze ans d'une vue excellente, qui ne présentait de remarquable qu'une légère tendance à la myopie. Depuis deux ans, les deux cristallins perdirent peu à peu, mais non complètement leur transparence. La malade ne pouvant plus vaquer à ses occupations, M. *Poenitz* se décida à opérer la cataracte de l'œil gauche. L'absence de l'iris, membrane qui, dans les circonstances ordinaires, s'oppose à la sortie des humeurs lorsqu'on choisit la méthode par extraction, ne permettait pas de recourir à cette dernière. L'abaissement ne promettait pas également un succès bien complet. En conséquence, M. *Poenitz* traversa la cornée, au moyen d'un instrument qu'il ne décrit pas, et qui lui servit à broyer le cristallin. Ce corps était dur, tenace et membraniforme; cependant l'opérateur n'éprouva pas une grande difficulté pour le partager en quatre parties; mais il ne put le diviser davantage, et confia ce soin aux vaisseaux absorbans de l'œil, qui, dans l'espace de trois mois, ne réduisirent cette petite masse qu'à la moitié de son volume. Cette lenteur dans le travail de la nature nécessita une seconde introduction de l'instrument dans le globe de l'œil, et maintenant il ne reste

de celle que nous venons d'indiquer, et qui est la plus commune, plus le corps opaque paraît profond, plus le diagnostic devient obscur; ainsi lorsque le corps opaque est verdâtre, jaunâtre, lorsqu'en même temps il se montre assez loin de la pupille, il doit être difficile de reconnaître positivement si l'on a à faire à une cataracte ou à un glaucôme. Le cas est bien plus épineux encore, lorsque le consultant est affecté d'une cataracte noire : le cristallin opaque échappe à l'œil de l'observateur; la pupille conserve sa teinte naturelle; la vision est perdue, et le malade paraît, au premier instant, atteint d'une amaurose; il n'y a que la comparaison exacte des symptômes des deux maladies qui puissent éclairer le diagnostic. Il faut alors comparer les symptômes avec ceux de la cataracte, s'informer si l'invasion a été lente et successive comme on l'observe le plus souvent dans la cataracte, ou rapide et même soudaine comme on le voit ordinairement pour l'amaurose. Si le malade peut distinguer le jour de la nuit; si, en instillant dans les yeux de l'extrait liquide de *Belladone* ou de *Jusquiame*, l'iris se dilate considérablement, on a tout lieu de croire à l'existence d'une cataracte noire. Dans l'amaurose, au contraire, le malade n'éprouve point ce passage de nyctalopie à l'héméralopie qu'on remarque chez les personnes cataractées; la pupille est plus ou moins dilatée, presque entièrement immobile, et son contour plus ou moins irrégulier. Ne serait-il pas possible que la paralysie se bornât au nerf optique sans affecter les nerfs ciliaires? Ceux-ci, en effet, viennent tous du ganglion lenticulaire, tandis que l'organe

---

dans ce dernier qu'un très-petit débris du cristallin. La malade a recouvré un œil qui se perfectionne de jour en jour. On ne distingue à travers de la cornée de l'œil opéré qu'une masse noire uniforme.

Quant à l'œil droit, voici ce qu'on y remarque : le cristallin est cataracté comme nous l'avons déjà dit, et environné d'un cercle noir transparent, large d'une demi-ligne, et même d'une ligne dans quelques points, cercle qui, permettant à la lumière de parvenir à la rétine, remédie jusqu'à un certain point à l'obscurité qui résulterait dans un cas ordinaire de l'opacité du corps lenticulaire.

immédiat de la vision est constitué entièrement par le nerf optique. Le docteur *Forlenze* a vu à Bâle un homme de trente-six ans, aveugle de naissance, qui ne distinguait pas même le jour d'avec la nuit, et dont l'iris se dilatait et se contractait comme dans l'état naturel. Il est à remarquer que chez les aveugles-nés, lorsque la cécité réside dans cette sorte de paralysie, le globe de l'œil est ordinairement très-gros, saillant, hors de l'orbite, et toujours d'une excessive mobilité. Enfin si le diagnostic présentait de l'incertitude, il faudrait se conduire comme si c'était une cataracte. Dans un cas semblable, M. *Wenzel* opéra avec succès à Vienne le maréchal *Moulk*, affecté d'une cataracte noire, que deux célèbres oculistes avaient prise pour une amaurose.

L'on peut employer avec avantage, pour aider le diagnostic, une forte loupe. Dans tous les cas, il ne faut jamais oublier la sympathie réciproque qui existe entre les deux organes de la vue. Aussi, en examinant une cataracte, il est de la plus grande importance d'empêcher complètement l'accès de la lumière dans l'œil opposé ; car, suivant *Beer*, l'impression des rayons lumineux sur un œil sensible à ce stimulant, suffit dans beaucoup de cas pour produire des mouvemens analogues dans l'autre œil, bien qu'il soit dans un état d'amaurose complète. Il ne faut pas oublier non plus que, dans quelques cas, la pupille a perdu la faculté de se mouvoir sans que la rétine soit paralysée; c'est ce qui arrive quand la petite circonférence de l'iris a contracté des adhérences avec la capsule cristalline ; dans ce cas, le contour de la pupille se trouve immédiatement collé sur le cristallin, tandis que dans l'amaurose il existe un espace sensible entre ces deux parties. L'immobilité de l'iris peut aussi dépendre de l'augmentation de volume du cristallin. Dans cet accroissement morbide, tantôt il y a un resserrement considérable, tantôt une dilatation très-grande de la pupille : dans le premier cas, on ne peut soupçonner l'existence d'une amaurose; dans le second, la saillie que fait le cristallin dans la chambre antérieure, au travers de la pupille, fait facilement reconnaître la maladie. Un

cas, cependant, difficile pour le chirurgien, est celui où le malade est affecté à la fois d'une cataracte et d'une amaurose incomplètes ; le malade distingue encore le jour de l'obscurité, et sa pupille jouit d'une certaine mobilité. Si l'on opère dans ce cas, l'amaurose devient complète et le malade aveugle pour toujours. Il faut donc s'informer avec soin de l'invasion de la maladie, comparer les symptômes de la cataracte avec ceux de l'amaurose : on peut croire à l'existence de cette dernière quand le cristallin est peu opaque, et la cécité presque complète.

Prognostic.

Il est toujours assez grave ; en effet, quelle que soit la condition favorable dans laquelle se trouve le malade, le résultat de l'opération est toujours incertain. Relativement au succès que l'on peut se promettre de cette dernière, il est une foule de circonstances qui feront varier le prognostic. Il est probable que l'opération sera suivie de succès, lorsque la cataracte est exempte de toute complication, soit générale, soit locale ; quand la conformation de l'œil et des parties voisines est telle, qu'elle permettra sans difficulté de pratiquer l'opération d'après la méthode qu'on jugera la plus applicable au cas dont il s'agit. Le résultat de l'opération sera plus ou moins douteux, lorsque la cataracte présentera des complications locales, le ptérigion par exemple, lesquelles ne la contre-indiquent cependant pas formellement ; lorsque l'œil est petit, enfoncé, la fente des paupières, très-étroite lorsque le malade est très-irritable ; qu'il a été ou est encore sujet à des attaques d'épilepsie, aux ophthalmies, aux érysipèles, aux douleurs rhumatismales ; quand il est d'une constitution détériorée. Le résultat de l'opération est toujours très-douteux, lorsque le malade est sujet à l'hystérie ou à l'hypochondrie, à des émotions violentes ; lorsque c'est une femme enceinte ; lorsque la cataracte est la suite d'une violence extérieure ; lorsqu'un œil a déjà été opéré sans succès. Enfin l'opération est contre-indiquée, lorsque l'œil cataracté est affecté d'atrophie ou d'hydrophthalmie, de staphy-

lôme, de glaucôme, d'amaurose; lorsqu'il est déformé, douloureux; lorsque la conjonctive est couverte de vaisseaux variqueux; lorsque la cornée est épaissie, qu'elle forme une saillie conique à travers les paupières; quand celles-ci sont le siége d'écoulemens purulens ou d'une fluxion inflammatoire aiguë ou chronique; lorsque des taies larges occupent le centre de la cornée: l'on opèrerait, cependant, si elles se trouvaient vers la circonférence. L'opération ne réussit presque jamais, quand le malade a éprouvé pendant le développement de la cataracte, et ressent encore des douleurs opiniâtres dans quelque partie de la tête; et ordinairement c'est dans la région sus-orbitaire.

Indications thérapeutiques.

Une fois la cataracte déclarée, aucun moyen ne peut arrêter ses progrès: ni le mercure, ni ses nombreuses préparations; ni les saignées, soit générales, soit locales; ni les vésicatoires; ni les moxas; ni les cautères; ni l'électricité; ni les vomitifs, etc. Ils ne servent qu'à fatiguer inutilement les malades; l'opération seule peut leur rendre la vue. Mais quelle saison choisira-t-on? A quel âge pourra-t-on la pratiquer? Lorsqu'elle est *congéniale*, ou qu'elle se manifeste dans les premiers mois de la vie? lorsqu'un seul œil en est affecté, faudra-t-il l'opérer? ou crainte de voir des accidens consécutifs se développer dans l'autre œil, faudra-t-il abandonner le malade à l'usage d'un seul, parce qu'il peut lui suffire pour les besoins ordinaires de la vie? Enfin, lorsque la cataracte est complète, faudra-t-il la pratiquer à la fois sur les deux yeux, ou bien mettre un certain intervalle entre les deux opérations? Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur ces questions. La saison la plus favorable pour pratiquer l'opération de la cataracte, est celle qui offre le moins de variations atmosphériques. Cette saison doit nécessairement varier selon les climats et selon les années. Dans tous les cas, l'on évitera de la pratiquer lorsqu'il règne des affections épidémiques, et surtout des ophthalmies; l'on évitera également les

jours trop chauds et trop froids. Quant à la seconde question, s'il est vrai que l'opération est plus difficile à pratiquer sur de jeunes sujets, à cause de leur indocilité ; d'un autre côté, les avantages nous paraissent si considérables, que nous ne balançons pas à partager l'avis de MM. *Saunders*, *Ware*, *Gibson*, *Fare*, qui conseillent de la pratiquer de bonne heure. En effet, ces célèbres chirurgiens ont opéré, avec le plus grand succès, des enfans de dix-huit mois, deux, trois et quatre ans. Ils s'appuient sur ce que la vue est absolument nécessaire à l'éducation physique et morale, en ce que l'opération pratiquée de bonne heure empêche les mouvemens continuels et involontaires que les aveugles de naissance conservent lorsqu'on attend trop long-temps, et ne leur permet pas de fixer exactement les corps ; enfin, l'opération faite à cette époque prévient l'affaiblissement de la sensibilité de la rétine, qui arrive si on la pratique trop tard. Je suis également de l'avis de *Richter*, *Maître Jean*, *Travers*, *Werzel*, qui veulent que l'on opère lorsqu'un seul œil est cataracté. Les nombreux exemples de réussite que citent ces auteurs dans des cas analogues, suffisent pour engager à suivre leurs conseils. Les avis sont encore partagés sur la dernière question. *Scarpa*, MM. *Demours*, *Forlenze*, veulent que l'on n'opère d'abord qu'un seul œil ; mais les raisons qu'ils apportent ne me paraissent pas suffisantes. D'ailleurs, nous voyons tous les jours, dans les hôpitaux, opérer les deux yeux immédiatement l'un après l'autre, sans que cette manière d'agir paraisse influer en rien sur la réussite de l'opération. N'oublions cependant pas le cas où le malade est affecté de deux cataractes, dont l'une est parvenue à cet état que l'on nomme *maturité*, tandis que l'autre est encore naissante. On peut alors, si le malade le désire, opérer la première et attendre plus tard pour la seconde. Celle-ci parcourt, dans ce cas, beaucoup plus promptement ses périodes.

Du moment que l'opération est décidée, il faut songer à éloigner les accidens qui pourraient l'entraver, et ceux qui pourraient se manifester après. Ainsi le malade est-il pléthorique, il faudra le saigner

du bras, et surtout du pied ; on entretiendra la liberté du ventre par des boissons laxatives ; le malade s'abstiendra d'une nourriture animale et de liqueurs spiritueuses quelques jours avant l'opération. Si les bords des paupières sont gonflés, glutineux, la conjonctive rouge, relâchée, *Scarpa* conseille alors d'appliquer, deux ou trois semaines avant l'opération, un vésicatoire à la nuque ; d'insinuer entre le globe de l'œil et les paupières, matin et soir, une petite quantité d'onguent de *Janin* (axonge ℥ j, tutie préparée 3 ij, bol d'Arménie 3 ij, précipité blanc de mercure 3 j); en commençant le traitement, on met dans cet onguent deux ou trois parties d'axonge. Pendant la journée, on emploie avec avantage le collyre suivant pour réprimer la trop grande sécrétion des glandes de *Méibomius* (eau de roses ℥ iv, mucilage de graines de coin ℥ j, sulfate zinc 5 grains). Il faut avoir soin que le malade ne mange pas beaucoup avant l'opération ; s'il est craintif, il est bon de lui donner environ quinze gouttes de teinture d'opium avec un peu de vin, une demi-heure avant. M. *Roux* est dans l'habitude de faire prendre des pédiluves, matin et soir, quelques jours avant d'opérer, et de placer un vésicatoire à la nuque immédiatement avant, afin de modérer le développement de l'inflammation qui survient à la suite. Quant au rétrécissement de la pupille, il est de peu d'importance, lorsqu'on déprime le cristallin ; mais lorsqu'on pratique l'extraction, il faut y remédier en instillant entre les paupières, quelques heures avant l'opération, deux ou trois gouttes d'extrait mou de belladone ou de jusquiame dissous dans une petite quantité d'eau. On n'usera de ces préparations que dans les cas indispensables ; car M. *Roux* a observé que leur application met l'œil dans une disposition plus grande à s'enflammer. Cependant si, malgré leur emploi, la pupille ne se dilatait pas, il faudrait renoncer à l'extraction pour recourir à l'abaissement.

Moyens opératoires.

Il existe plusieurs méthodes d'opérer la cataracte, savoir: la succion, la kératonixis, l'extraction et l'abaissement. La kératonixis consiste dans le broiement ou mieux la division du cristallin au moyen d'une aiguille introduite dans l'œil par la partie inférieure de la cornée. La succion, mauvaise méthode que *Galeacius*, dans son commentaire sur le 9.e livre de *Rhazès* au roi Almanzor, dit avoir imaginée, consiste à faire un trou sous la cornée avec une aiguille cannelée, et à tirer la cataracte en suçant. (*Peyrilhe*, Hist. de la Chir., p. 612 ; Paris, 1780.)

Extraction. Dans cette méthode, pratiquée autrefois par les chirurgiens de l'antiquité, et particulièrement par *Antylus*, qui exerça son art à Rome, et qui paraît avoir vécu peu de temps avant *Galien*, on se propose d'extraire le cristallin à l'aide d'une incision pratiquée à la cornée transparente. Les couteaux employés, soit par *Ware*, *Wenzel*, *Beer*, *Richter*, diffèrent tous plus ou moins, mais tous ont pour but de remplir exactement la plaie à mesure qu'on l'agrandit, de manière que l'humeur aqueuse ne puisse s'échapper avant la section de la cornée. Pour pratiquer cette opération, il faut asseoir le malade sur une chaise basse, et auprès d'une croisée bien éclairée ; l'œil que l'on n'opère pas est tenu couvert. Un aide placé derrière le malade est chargé de relever la paupière supérieure avec la pulpe du doigt indicateur de la main droite, qu'il applique vers le milieu du bord libre de la paupière supérieure, de manière à presser en même temps le globe de l'œil. Le chirurgien est assis en face et un peu de côté ; il abaisse la paupière inférieure avec la main dont il n'opère pas. Cela fait, il prend le couteau à cataracte de la main droite s'il opère l'œil gauche, et *vice versâ ;* il le tient à peu près comme une plume à écrire, le tranchant tourné vers la paume de la main, et appuie les deux derniers doigts légèrement écartés sur le bord externe

de l'orbite. Il engage alors le malade à tourner l'œil un peu en dehors; et, lorsqu'il est parfaitement immobile, il porte perpendiculairement l'instrument sur la partie supérieure et externe de la circonférence de la cornée, à une demi-ligne de son union avec la sclérotique. Dès que le couteau a pénétré dans la chambre antérieure, il porte le manche en arrière, fait glisser obliquement la lame entre l'iris et la cornée, qu'il vient percer inférieurement au point diamétralement opposé par où elle est entrée, et à la même distance de la sclérotique. En poussant toujours dans la même direction, et tournant un peu en avant le tranchant du couteau, l'on obtient un lambeau demi-circulaire.

Si l'iris venait à se présenter sous le tranchant de l'instrument, ce qui arrive surtout lorsque l'humeur s'est écoulée trop promptement, on arrêterait la marche du couteau, et l'on pratiquerait de légères frictions sur la cornée, qui suffisent, dans la plupart des cas, pour replacer l'iris. Si l'on ne pouvait obtenir ce résultat heureux, on achèverait alors l'opération, qui serait plus longue et plus difficile, avec des ciseaux fins un peu courbés sur le plat. On peut aussi, lorsqu'on éprouve trop de difficulté à tailler les lambeaux, employer avec avantage le moyen que j'ai vu mettre en usage par M. *Roux*, et qui consiste à appuyer le bord libre de l'ongle du doigt indicateur de la main qui abaisse la paupière, contre la portion de la cornée qui doit être immédiatement coupée. A mesure qu'on achève la section, l'aide qui soutient la paupière supérieure presse de moins en moins sur l'œil. Il ne faut jamais terminer l'opération entièrement d'un côté avant de passer à l'œil opposé : lors donc que la cornée a été incisée, on suspend cette première opération ; ensuite on en fait autant sur l'autre œil; puis on achève celle par laquelle on avait commencé. Enfin, pour terminer l'opération, on introduit un kystitome, ou une aiguille, ou le couteau même à cataracte, en présentant en haut son bord mousse, avec lequel on relève le lambeau de la cornée; puis on va déchirer la capsule cristalline. Cela fait, on oblige le cristallin à sortir en pressant doucement à travers la paupière supérieure, de

haut en bas et d'avant en arrière, avec la curette du kystitome ou le manche même du couteau.

Si la pupille reste embarrassée par des mucosités opaques, ou par des lambeaux de la capsule cristalline, que l'on nomme *accompagnemens de la cataracte*, il faut alors les enlever, à l'aide de la curette ou de petites pinces, pour déchirer les lambeaux membraneux, que l'on tire au-dehors. M. *Forlenze* paraît retirer, dans ce cas, de grands avantages d'injections d'eau pure à 32 degrés, pour entraîner au-dehors les flocons opaques qui bouchent la pupille; il se sert à cet effet d'une petite seringue dont l'extrémité est arrondie et percée de petits trous. Si une portion de l'humeur vitrée faisait saillie au-dehors, *Beer* conseille de ne pas y toucher : il est vrai qu'alors l'incision de la cornée se guérit plus lentement ; il succède une cicatrice blanchâtre à laquelle adhèrent l'iris et la membrane hyaloïde. Le même auteur observe que, lors même que les deux tiers de l'humeur vitrée se sont échappés, le malade peut encore espérer de voir. Lorsque le cristallin adhère à la petite circonférence de l'iris, il faut introduire entre lui et la pupille une aiguille en fer de lance, tranchante sur ses bords, afin de couper les brides membraneuses qui peuvent le retenir. Si le cristallin était trop volumineux, on aiderait sa sortie à l'aide de la curette ou de petites pinces. Si la capsule cristalline était ossifiée en partie ou en totalité, ce dont on s'apercevrait aisément en cherchant à l'ouvrir, il ne faudrait pas l'expulser par des pressions; le cristallin seul pourrait s'échapper sans entraîner la calotte osseuse, et le corps vitré le suivre, la pupille restant distendue par l'enclavement du corps dur. (Dict. des Sc. méd., *Delpech.*) Il faut dans ce cas, par une pression modérée, diriger le bord de celui-ci vers la pupille, le saisir avec des pinces, et le retirer avec ménagement ; car ses bords peuvent couper l'iris, et rendre la pupille difforme. L'extraction achevée, on s'assurera si la vue est rétablie, en montrant au malade un corps quelconque un peu volumineux ; on prolongera très-peu de temps cet essai. On examinera si l'iris ne se serait point engagé entre les lèvres de la cornée :

dans ce cas, on fera de légères frictions sur la paupière supérieure ; ou on le repoussera même soit avec la convexité de la curette, soit avec un petit stylet mousse. On appliquera sur l'œil un plumasseau de charpie fine, que l'on soutiendra par un bandeau peu serré, par-dessus lequel on mettra un morceau de taffetas noir ou de toute autre étoffe de la même couleur. Le malade se couchera sur le dos, la tête assez élevée ; on entourera son lit de rideaux épais. On ne découvrira les yeux que quatre ou cinq jours après l'opération. Le malade les laverait avec de l'acétate de plomb étendu d'eau, ou avec une décoction mucilagineuse s'ils étaient trop enflammés. Si les symptômes inflammatoires étaient très-intenses, on les combattrait par les moyens que l'on met en usage dans les ophthalmies violentes. Le malade évitera de fumer, de priser, s'il en a l'habitude : il gardera la diète les premiers jours ; les jours suivans, il prendra peu d'alimens, et surtout d'une digestion facile. On lui recommandera également la tranquillité la plus parfaite du corps et de l'esprit ; surtout, qu'il ne fasse aucun mouvement violent. On sera moins sévère pour la nourriture envers les personnes faibles, délicates, les vieillards. Tant que l'écoulement de l'humeur aqueuse dure, il est accompagné de légers picotemens dans l'œil, d'une douleur brûlante, quoique peu intense, à l'angle interne de l'œil. La cicatrisation de la cornée est complètement terminée neuf ou dix jours après l'opération. Il ne faut rendre que graduellement la lumière à l'appartement du malade ; dans tous les cas, il fera bien de protéger sa vue pendant un certain temps par un abat-jour vert.

Abaissement. Cette opération se pratique à l'aide de l'aiguille à cataracte. C'est toujours une tige d'acier dont la pointe légèrement recourbée est diversement aplatie et configurée. Elle est montée sur un manche d'ivoire ou d'ébène, portant un point noir ou blanc sur le côté qui correspond à la convexité de la pointe. Lorsqu'on pratique cette opération, le malade, les aides, ainsi que l'opérateur, doivent être placés comme nous l'avons indiqué pour la

méthode par extraction. Cependant on peut opérer le malade dans son lit ; c'est même ainsi qu'agit à l'Hôtel-Dieu de Paris M. *Dupuytren*. L'opérateur prend l'aiguille, qu'il tient comme le couteau à cataracte, le point du manche tourné en avant ; il appuie les deux derniers doigts sur la tempe; il commande au malade de tourner l'œil un peu en dedans ; il enfonce la pointe à une ligne et demie, deux au plus, de l'union de la sclérotique avec la cornée, un peu au-dessus du diamètre transversal du globe de l'œil ; il continue de la pousser horizontalement dans la même direction, le point du manche tourné en avant, jusqu'à ce qu'il soit parvenu dans la chambre postérieure, derrière l'iris. Aussitôt qu'il aperçoit la pointe de l'aiguille à travers la pupille, il déchire de haut en bas la capsule cristalline. Cela fait, il abaisse le manche pour aller fixer la pointe dans la partie supérieure et interne du cristallin. Il élève alors le manche, le portant un peu en avant, le point tourné en haut, et conduit le cristallin en bas et en arrière, comme pour l'engager sous le corps vitré ; il l'y maintient pendant douze ou quinze secondes : il retire ensuite l'aiguille; et aussitôt que le tranchant est arrivé vers la sclérotique, il abaisse le manche pour sortir dans le même sens qu'il était entré. Cependant, avant de retirer l'instrument, l'opérateur examine si la pupille est bien noire; s'il aperçoit quelques flocons blanchâtres ou des lambeaux opaques de la capsule, enfin si le cristallin se trouvait trop mou, qu'il eût été divisé et non déplacé par l'aiguille, il faudrait, dans ce cas, briser davantage les fragmens, et les porter, aussi bien que les lambeaux membraneux, dans la chambre antérieure ; macérés dans l'humeur aqueuse, ces corps seront dissous et absorbés.

Lorsque la cataracte est molle, au moment où l'on commence à déprimer le cristallin, le liquide opaque s'épanche dans les deux chambres, et va troubler la transparence de l'humeur aqueuse. Il faut, dans ce cas, se dépêcher d'imprimer à l'aiguille le mouvement qui doit déplacer et déprimer la cataracte. Cependant si ce cas arrivait dans le premier temps de l'opération, ou que la blessure des

vaisseaux de l'œil eût produit une hémorrhagie interne qui empêchât de guider l'aiguille avec sureté, il vaudrait mieux remettre l'opération à l'époque où l'humeur aqueuse aurait recouvré sa transparence. Lorsque la cataracte est *laiteuse*, l'on peut déchirer seulement, comme le conseille *Pott*, la capsule du cristallin sans le déprimer ; il est alors dissout dans l'humeur aqueuse, et bientôt absorbé. Enfin lorsque la cataracte est *adhérente*, il faut, comme le conseille *Beer*, aller détacher ces adhérences avec beaucoup de précaution avant de tenter l'abaissement; pour cela, l'on exécute de légers mouvemens de haut et de bas, la convexité de l'aiguille tournée vers l'iris.

Lorsqu'il se forme une cataracte *secondaire ;* ce qui dépend le plus souvent de ce que le segment antérieur de la capsule n'a pas été enlevé ou suffisamment déchiré, il conserve plus ou moins sa position naturelle ; et plus tard, en devenant opaque, il empêche le passage des rayons lumineux. Quelquefois aussi cette espèce de cataracte membraneuse paraît sous la forme de flocons membraneux qui flottent dans l'humeur aqueuse derrière la pupille qu'ils obstruent plus ou moins complètement. Il faut, dans ces cas, porter de nouveau l'aiguille dans l'œil, pour détacher, déchirer la capsule, et pousser les lambeaux dans la chambre antérieure à travers la pupille. Il faut agir alors avec beaucoup de précaution, surtout si la cataracte membraneuse est adhérente à l'iris (complication que l'on reconnaît, lorsqu'en portant l'aiguille en arrière ou en bas, la pupille participe aux mouvemens qu'on imprime à celle-ci). *Scarpa* ne pense pas qu'il soit nécessaire de modifier ce procédé opératoire, si, ce qui est rare, la cataracte secondaire est formée par le segment postérieur de la capsule. La cataracte *secondaire* peut encore être produite par le cristallin qui remonte de l'endroit où il avait été déposé. *Beer* a vu une cataracte qui avait été déprimée trente ans auparavant par *Rilmer*, se relever; elle passait dans la chambre antérieure ; l'on en fit l'extraction Le même auteur a vu encore le cristallin séjourner pendant vingt-six ans dans la chambre antérieure ; il fut aussi retiré par extraction.

On trouve des exemples de la même nature dans *Maître Jean*, *Heister*. Suivant *Dionis*, le cristallin passe dans la chambre antérieure plutôt la nuit que le jour, parce que la pupille est plus dilatée pendant l'obscurité. Dans tous ces cas, il faut extraire le cristallin. Les soins consécutifs à l'opération par abaissement sont absolument les mêmes que ceux décrits à l'occasion de l'extraction; seulement ici l'on évitera d'essayer après l'opération. Si la vue est rétablie, l'action des muscles dans les mouvemens nécessaires à cet effet, suffit pour faire remonter le cristallin.

Le cristallin abaissé, le plus ordinairement est absorbé peu à peu, et finit par disparaître entièrement; cependant il est des cas où son absorption ne s'effectue point, surtout lorsqu'il est cartilagineux ou osseux. *Beer* dit avoir disséqué avec soin les yeux de plusieurs individus qui avaient été opérés par abaissement depuis vingt ans et plus. Dans la plupart des cas, le cristallin existait encore dans son état ordinaire, ou plus petit, avec ou sans capsule. Les cataractes membraneuses avaient aussi peu diminué de volume, et se trouvaient transformées en une substance blanchâtre et ferme. La plupart des auteurs ne croient pas à la reproduction du cristallin, et disent qu'en même temps que l'absorption détruit la capsule cristalline, la fossette du corps vitré, dans laquelle était logé le cristallin, disparaît. M. *Cocteau* a tenté de résoudre ce problème; il a extrait le cristallin sur trois lapins, un chat et un chien; et, après leur guérison, il les a tués pour examiner les yeux. Dans un des cas, il n'a trouvé aucune trace de cristallin; mais, dans les quatre autres, il dit avoir trouvé dans l'un des yeux seulement le commencement d'un nouveau cristallin, mais plus petit et moins dense que le premier. Les rapporteurs du mémoire de M. *Cocteau*, (MM. *Demours* et *Reveillé-Parise*) croient qu'il s'en est laissé imposer par des restes du cristallin primitif; ayant répété ces expériences avec *Béclard*, le nouveau prétendu cristallin n'était, suivant eux, qu'un reste de l'ancien, dont l'extraction complète est fort difficile à effectuer. Le doute des rapporteurs ne me paraît nullement

concluant ; aussi je crois qu'il serait nécessaire de reprendre ces expériences.

Avant de terminer ce qui a rapport à l'abaissement, je crois devoir indiquer deux procédés de cette méthode : ce sont la *réclinaison* et l'*hyalonixis*. Dans le premier, on introduit l'aiguille par la partie inférieure de la cornée, on applique la pointe sur la face antérieure du cristallin, et l'on enfonce ce corps opaque dans l'humeur vitrée de manière à le rendre horizontal. Ce second procédé, proposé en mai 1824 (*London medic. and physic. Journal*), par M. *Bowen*, consiste à introduire l'aiguille à trois lignes de la cornée au-dessus du diamètre transversal de la pupille ; on attaque d'arrière en avant le cristallin et ses membranes ; on déprime l'un dans la partie inférieure du corps vitré, et l'on déchire l'autre. Dans ce procédé, on respecte entièrement les procès ciliaires, à la lésion desquels M. *Bowen* attribue la plupart des accidens inflammatoires qui compliquent si souvent l'abaissement ordinaire. Le même chirurgien dit avoir opéré trente malades, qui tous ont recouvré la vue. Le temps seul pourra décider de la supériorité de cette opération. Le premier procédé est entièrement abandonné aujourd'hui.

A laquelle des deux méthodes de l'abaissement ou de l'extraction accorder la préférence? La question est loin d'être résolue, les uns tels que *Pott*, *Scarpa*, MM. *Dubois*, *Dupuytren*, accordent une préférence presque exclusive à l'abaissement; d'autres, MM. *Wensel*, *Demours*, *Boyer* et *Roux*, préfèrent l'extraction. Les partisans de cette dernière reprochent à l'abaissement d'occasionner plus souvent des vomissemens, soit après, soit pendant l'opération ; selon eux la douleur est plus vive, l'inflammation consécutive plus intense : l'on voit plus souvent après l'abaissement, des cataractes secondaires ; le cristallin remonte; la paralysie de la rétine survient. Il est impossible de s'exercer sur les cadavres et les animaux vivans à opérer par abaissement, à cause de la transparence du cristallin qui ne peut être distingué. Ils reprochent également d'être obligé de suspendre l'opération dans le cas d'épanchement sanguin ou d'humeur laiteuse, qui, en trou-

blant l'humeur aqueuse, empêchent de terminer l'opération. Si le cristallin est très dur, il est difficile de le déprimer et d'empêcher qu'il ne remonte, parce que l'aiguille glisse dessus, etc. D'un autre côté, l'on reproche à la méthode par extraction l'écoulement du corps vitré, la blessure de l'iris, son décollement, sa procidence, les cicatrices de la cornée, etc. Chacun apporte des raisons en faveur de la méthode qu'il a choisie. Notre peu d'expérience et le respect que nous devons à de telles autorités, ne nous permettent pas de prononcer dans cette question. Cependant, si j'étais forcé de le faire, j'avouerais franchement que j'accorde la préférence à l'abaissement; ses résultats avantageux m'ont paru l'emporter de beaucoup sur ceux de l'extraction.

Il est des cas, cependant, où l'on doit préférer l'une de ces deux méthodes. Pour l'extraction, ce sont les cas de cataracte branlante; d'ossification de la capsule cristalline; de chute complète de ce corps, soit qu'il occupe encore la pupille, ou qu'il se trouve en entier dans la chambre antérieure. Pour l'abaissement, ce sont les cas où l'œil est très-enfoncé, où les paupières sont peu fendues, où l'œil est très-volumineux, la pupille très-étroite; où l'iris adhère à la face postérieure de la cornée; où celle-ci est très-aplatie, la chambre antérieure fort petite; où il existe sur la partie de la cornée que doit traverser le couteau une ou plusieurs taies, parce qu'alors elles augmentent lorsque les paupières sont le siège d'un engorgement chronique; où le malade est fort jeune; où il y a absence d'iris.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt, secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 49.

IV.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.